 Monsieur le Pr ag. Landouzy

REVUE CRITIQUE

DU

TRAITÉ DE GYNÉCOLOGIE DU DOCTEUR POZZI

PAR

P. CHARRIER
Interne des hôpitaux.



Extrait des *Archives générales de médecine*.
(Numéro de Décembre 1890.)

PARIS
ASSELIN ET HOUZEAU
LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Place de l'Ecole-de-Médecine.

1890

à mon Maître, le profess Landouzy,
témoignage respectueux de reconnaissance,
humble hommage de la profonde
et ardente affection avec laquelle je
suis et serai toujours du fond du cœur
l'élève et l'ami dévoué
G. Charrier

REVUE CRITIQUE

DU

TRAITÉ DE GYNÉCOLOGIE DU DOCTEUR POZZI

REVUE CRITIQUE

DU

TRAITÉ DE GYNÉCOLOGIE DU DOCTEUR POZZI

PAR

P. CHARRIER
Interne des hôpitaux.

Extrait des *Archives générales de médecine*.
(Numéro de Décembre 1890.)

PARIS
ASSELIN ET HOUZEAU
LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Place de l'Ecole-de-Médecine.

1890

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10cm

REVUE CRITIQUE

DU

TRAITÉ DE GYNECOLOGIE DU DOCTEUR POZZI

Traité de gynécologie clinique et opératoire, par S. Pozzi, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien de l'hôpital Lourcine Pascal, volume grand in-8 de 1156 pages avec 491 figures intercalées dans le texte, chez G. Masson, libraire éditeur, 1890.

La gynécologie est à l'ordre du jour ; il suffit de parcourir les publications périodiques, d'assister aux séances des sociétés savantes, de regarder la devanture des libraires, pour se convaincre de la place considérable qu'a prise cette branche de la science dans les préoccupations du public médical.

En France, depuis l'apparition déjà ancienne du traité de Courty, nous n'avions eu qu'un seul livre didactique comprenant l'ensemble de la gynécologie, celui de de Sinéty. Mais le chemin parcouru depuis lors l'avait été si rapidement sous l'influence de l'antisepsie, que ces livres, excellents au moment où ils parurent, n'étaient plus que les représentants de connaissances depuis longtemps dépassées. La partie opératoire notamment, quoique assez développée dans l'ouvrage de Courty, un peu sacrifiée dans celui de de Sinéty, a été complètement renouvelée par les progrès récents. A la vérité, de nombreuses traductions de travaux étrangers avaient essayé de combler la lacune existant dans la littérature médicale française. C'est ainsi qu'on a vu successivement se produire les traductions des livres de Hart et Barbour, d'Emmet, de Schrœder, de Hegar et Kaltenbach, de Martin, de Hofmeier, etc., pour ne citer que les principales. Tous ces ouvrages contenaient des contributions précieuses ; mais presque tous étaient faits à un point de vue exclusif et reflétaient uniquement la pratique soit d'un pays, soit d'une personnalité éminente ; or, le caractère principal de la science contemporaine est d'être cosmopolite et internationale. Avec la facilité excessive des communications la diffusion rapide des publications faites dans toutes les parties du monde, on peut dire que les diverses

nations se mettent rapidement en équilibre intellectuel, qu'il n'est plus permis de borner son horizon scientifique au niveau de ses frontières. Il était donc indispensable pour un traité nouveau de gynécologie, en quelque langue qu'il fût écrit, de tenir compte de ces conditions. Elles s'imposaient encore plus dans cette branche de la science où de nombreuses questions sont encore en litige et où la doctrine thérapeutique est en voie d'évolution.

M. Pozzi a compris ces exigences modernes, et ce n'est pas ce qui donne à son livre le caractère le moins original. Tout en conservant les allures didactiques d'un traité destiné à l'enseignement, il prend, dans nombre de ses chapitres, la forme d'un compendium raisonné des discussions contemporaines dans tous les pays. La bibliographie est faite au même point de vue. L'auteur a pris à tâche d'analyser et de citer les travaux récents de quelque importance, en quelque langue qu'ils aient paru. Il s'est efforcé spécialement de faire connaître les publications des dernières années, dont la grande majorité n'a pu être utilisée par aucun autre traité du même genre. Mais, tout en s'efforçant d'être impartial, M. Pozzi a cru pouvoir légitimement accorder une place considérable aux travaux de l'école française, à laquelle l'étranger ne paraît pas prêter toute l'attention qu'elle mérite. Ces travaux, on le sait, se sont presque tous produits à la Société de Chirurgie, et point n'est besoin d'une preuve plus frappante que la gynécologie n'est, en somme, qu'une des branches de l'art du chirurgien. Ce n'est pas que des recherches intéressantes ne soient dues soit à des médecins, soit à des accoucheurs ; mais il faut une main exercée aux opérations de toute sorte, pour entreprendre avec succès et les opérations intra-abdominales et les opérations plastiques diverses qui ont pris une si grande place dans le traitement des maladies des femmes. Une forte éducation chirurgicale générale doit donc précéder cette spécialisation ; il serait encore plus difficile à un médecin ou à un accoucheur, de devenir gynécologiste au sens moderne et complet du mot, qu'il ne le serait à un chirurgien de devenir expert dans les maladies des femmes sans connaître la médecine ou l'obstétrique. Ce n'est pas, toutefois, qu'un gynécologiste puisse impunément ignorer la clinique interne ou les accouchements. Mais, à vrai dire,

quelle est la branche de l'art de guérir qui peut rester isolée? Le spécialiste ne doit jamais être qu'un homme ayant une forte instruction générale et qui s'est ensuite *spécialisé*.

M. Pozzi intitule son traité de gynécologie : Traité *clinique* et *opératoire*; il a voulu marquer dès le début la double préoccupation à laquelle il a obéi. Il s'est attaché avec le plus grand soin à donner un tableau fidèle des diverses variétés cliniques que peut présenter une même maladie. Il a été ainsi conduit à distinguer différents *types* à des affections dont jusqu'ici on n'avait donné qu'une description générale (Corps fibreux. Cancer de l'utérus. Salpingites. Prolapsus génital, etc.).

D'autre part il ne s'est pas borné à la description des divers procédés chirurgicaux applicables aux maladies qu'il décrivait; il a indiqué nettement l'application qu'il convenait d'en faire aux différentes variétés cliniques. Ainsi comprise, la médecine opératoire devient véritablement la thérapeutique chirurgicale. Le traitement médical n'est, du reste, nullement négligé, et des développements étendus indiquent les récentes applications des médicaments nouveaux, sans oublier l'électricité et le massage dont quelques praticiens ont outre mesure étendu les indications.

L'auteur ne cache pas sa prédilection pour l'intervention chirurgicale dans la grande majorité des cas ; c'est ainsi que, pour lui, le curettage est le traitement de choix des métrites avec opération complémentaire sur le col dans un grand nombre de cas; l'hystérectomie précoce s'impose dans les cancers de l'utérus qui n'ont pas dépassé les limites de l'organe; des opérations diverses doivent être appliquées au prolapsus génital; la laparotomie est le seul moyen de guérir radicalement les salpingites ayant dépassé la phase catarrhale, ou les suppurations du petit bassin. Mais, malgré cette audace que beaucoup de praticiens taxent encore de témérité, M. Pozzi a fréquemment réagi contre les tendances exagérées de certains gynécologistes, il insiste avec une grande force à diverses reprises sur la nécessité de proportionner la gravité de l'intervention à celle de la maladie et de commencer toujours la série des actes opératoires par celui qui offre le moins de péril.

Il appartenait bien à un auteur français de s'élever contre les exagérations qu'on a trop souvent vues se produire

dans la chirurgie des maladies des femmes. Il faut, là aussi, mettre en œuvre les qualités natives qui ont toujours caractérisé la médecine française : le tact et la modération. Ce n'est pas dans notre pays qu'on verra jamais les hétacombes de trompes et d'ovaires sains qui ont multiplié d'une manière excessive les eunuques femelles, dans les deux mondes, sur la foi de diagnostics plus ou moins justifiés (1). Ce n'est pas en France qu'une jeune femme, hystérique ou non, sera exposée à avoir le ventre ouvert trois fois ou cinq fois de suite, comme dans les exemples suivants : Première malade ; diagnostic, rétroversion utérine avec prolapsus de l'ovaire droit. 1re opération : ablation par la voie vaginale de l'ovaire droit prolabé ; 2e opération quelque temps après, laparotomie pour enlever l'ovaire et la trompe gauche et fixer la corne gauche de l'utérus au-dessus du pubis ; 3e opération : laparotomie, un an après, pour enlever la trompe droite respectée ou oubliée dans les deux premières visites de la cavité péritonéale, et qu'on suppose être la source des accidents douloureux qui ont continué. L'auteur ne dit pas si cette jeune femme a enfin guéri après ce nouveau succès opératoire. Deuxième malade âgée de 28 ans, n'ayant pas quitté le lit depuis des années ; douleurs intenses à chaque époque menstruelle. Un chirurgien extirpe d'abord un ovaire sain, ou en tout cas non augmenté de volume. Un an après seconde laparotomie par le même opérateur pour enlever l'autre ovaire. L'aménorrhée ne se produit pas, les douleurs persistent. Spencer Wells fait une troisième laparotomie, pensant trouver des restes de tissu ovarien et les enlever, il tombe sur des adhérences telles qu'il doit refermer le ventre. Quatrième laparotomie par un nouvel opérateur, mêmes obstacles insurmontables à la recherche des annexes ; enfin, la malade s'adresse à un célèbre professeur qui ouvre le ventre pour la cinquième fois. Il parvient avec beaucoup de peine, dit-il, à se frayer un chemin jusqu'au ligament large gauche, siège apparent des douleurs. Il arrive sur l'endroit où l'ovaire avait été enlevé et y excise une petite masse dure où l'on ne parvient pas à trouver la moindre trace du tissu ovarien. Les règles persistent et sans doute avec elles

---

(1) Howard Kelly, *American journal of obstetrics*, janvier 1887, page 63

les douleurs. La malade ne mourut qu'un an plus tard, on ne sait comment. Les cinq laparotomies avaient été faites dans l'espace de cinq à six ans (1). Nous croyons qu'en France, dès la consultation du second chirurgien, on se fût borné à prescrire à la malade du bromure de potassium, du valérianate d'ammoniaque et autres médicaments similaires.

En France, nous ne connaissons pas non plus de statistique analogue à la suivante comprenant seize hystérectomies faites *par la méthode extra-péritonéale* (!) : Cancer 5 cas. Fibrome 1 cas (opération incomplète). Endométrite 4 cas. Rétroversion ou flexion avec adhérences 3 cas. Prolapsus utérin 2 cas, (dont l'un avec endométrite) et enfin *pruritus-uterinus* (!) un cas (2). La lecture, dans le texte des observations, montre encore mieux que cette énumération, déjà édifiante par elle-même, avec quelle singulière légèreté la plupart de ces opérations ont été entreprises ; quant à la valeur du procédé employé je crois inutile d'en parler. Du reste, il faut le reconnaître même en Allemagne on a trouvé que ce gynécologiste allait trop loin (3). Quoi qu'il en soit, le fait que ce mémoire a pu se produire en tête d'un des organes médicaux les plus considérables de l'étranger, me paraît significatif.

L'ouvrage de M. Pozzi est précédé d'un avant-propos où il trace à grands traits les tendances de la gynécologie contemporaine et revendique énergiquement la part qui appartient à la gynécologie française dans ses progrès. Il rappelle la grande lignée scientifique qui a fait de nous les instituteurs des autres nations en gynécologie comme dans toutes les autres branches de l'art de guérir. « En face des rapides progrès qui se sont accomplis à l'étranger, mais qui ont porté surtout sur la technique opératoire et ont trop fait sacrifier, peut-être, l'étude clinique du malade, l'établissement patient du diagnostic et du pronostic a l'éclat de succès immédiats, il lui semble

---

(1) OLSHAUSEN. Discussion sur le mémoire de A. MARTIN, *Ueber die an einerPerson wiederhalter Laparotomie* in *Gesellsch*, f. *Geb. und Gynäk.* Berlin, séance du 8 juin 1888. (*Centr. f. Gyn. n°* 28, 1888.)

(2) FRITZ FRANK (de Cologne), *Ueber extraperitoneale Uterus-Extirpation* (*Archiv. f. Gyn.* 1887, Bd. XXX, page 1.)

(3) Ch. STRATZ. *Ueber Furor operativus.* (*Centralblatt für Gynäk.* 1887, n° 17.)

qu'un rôle tout naturel est dévolu à la chirurgie française. Qu'elle accepte de plus en plus et sans arrière-pensée les audacieuses innovations d'origine étrangère, mais qu'elle s'attache avec un soin plus jaloux à ce qui est, en somme, le dernier terme de notre art : la détermination exacte des indications. »

L'ouvrage est divisé en seize livres. Chaque livre est subdivisé suivant son importance en un plus ou moins grand nombre de chapitres.

Livre I. Antisepsie. Anesthésie. Moyens de réunion et d'hémostase. Drainage et tamponnement. — *Livre II.* De l'exploration gynécologique. — *Livre III.* Des métrites. — *Livre IV.* Corps fibreux de l'utérus. — *Livre V.* Du cancer de l'utérus. — *Livre VI.* Déplacements de l'utérus. — *Livre VII.* Des difformités du col de l'utérus. Atrésie. Sténose. Atrophie. Hypertrophie. — *Livre VIII.* Des troubles de la menstruation. — *Livre IX.* Inflammation des annexes de l'utérus. — *Livre X.* Néoplasmes des annexes et des ligaments de l'utérus. — *Livre XI.* Tuberculose génitale. — *Livre XII.* Hématocèle pelvienne intra et extra-péritonéale. — *Livre XIII.* Des grossesses extra-utérines. — *Livre XIV.* Maladies du vagin. — *Livre XV.* Maladie de la vulve. — *Livre XVI.* Malformation des organes génitaux.

Une table analytique des matières et des noms d'auteurs termine l'ouvrage et facilite toutes les recherches.

Dans le livre premier, l'auteur décrit minutieusement les règles de **l'antisepsie applicable à la gynécologie.** A ce point de vue il divise les opérations en deux classes, suivant qu'elles se font par les voies naturelles ou qu'elles nécessitent la laparotomie. Il recommande la stérilisation des instruments par l'eau bouillante, leur désinfection par l'acide phénique, et il entre dans des détails intéressants sur l'emploi des diverses solutions qui servent aux irrigations vaginales et utérines ; il donne la préférence à la solution de sublimé au 1/2000 avec addition d'une petite quantité d'acide tartrique (cinq pour mille) suivant le précepte de Laplace, qui a pour effet de s'opposer à la formation d'albuminates insolubles. Il insiste beaucoup sur la nécessité de faire des injections antiseptiques avant les manœuvres de petite gynécologie (toucher, cathétérisme, dilatation). Les recherches de Winter

ont, en effet, prouvé que le canal génital de la femme saine, vagin, col utérin, contient des germes pathogènes atténués dont il importe qu'il soit débarrassé avant toute intervention opératoire. Pour cela il est même indispensable de faire une série d'injections et non une injection unique (Steffeck). Comme topique de pansement, M. Pozzi préconise la gaze iodoformée, non à l'exclusion de tout autre produit antiseptique, mais parce qu'il est supérieur à tous les autres, et qu'employé avec prudence, il ne donne lieu à aucun accident.

Pour la laparotomie, on connaît la dispute retentissante entre les partisans et les adversaires de l'antisepsie. Tandis que Lawson-Tait et Bantock la repoussent comme dangereuse, la plupart des opérateurs la recommandent encore avec énergie. En France, en particulier, M. Championnière n'hésite pas à porter la solution phéniquée forte dans l'intérieur du péritoine, et son exemple est suivi par un très grand nombre de nos chirurgiens. M. Pozzi, qui est un partisan résolu de l'antisepsie en général, fait une exception expresse et unique pour les grandes cavités séreuses; là, en effet, l'épithélium offre une délicatesse telle que l'emploi d'une solution antiseptique assez forte pour être active l'altère profondément et peut avoir des suites graves pour les suites de l'opération (destruction du pouvoir d'absorption pour les liquides épanchés, formation d'adhérences, etc.). Par suite, il vaut mieux se priver du bénéfice de l'antisepsie dans le ventre, la crainte de ses dangers dépassant de beaucoup l'avantage de ses bénéfices. On doit donc, dit M. Pozzi, se borner à être rigoureusement aseptique dans la cavité péritonéale, mais persister dans l'antisepsie pour le pansement extérieur. L'auteur repousse complètement l'emploi des éponges dont la stérilisation est laborieuse et coûteuse, pour s'en tenir à l'emploi de compresses de gaze stérilisée dont il a le premier généralisé l'usage dans notre pays. La toilette et le lavage du péritoine, la cautérisation des pédicules, sont soignement décrits. Enfin, des développements très soignés sont consacrés à la préparation, à la conservation des matériaux de ligature et de sutures, notamment du catgut qui a une si grande importance en gynécologie opératoire.

Le chapitre II du livre I[er] traite de **l'anesthésie en gynécologie.** M. Pozzi montre toute l'importance qu'on peut tirer

des injections hypodermiques de cocaïne dont Wœlfler le premier (en 1885) a bien indiqué l'emploi. Afin de rendre plus régulière et moins dangereuse l'anesthésie générale dans les grandes opérations, il préconise le procédé de Dastre et Morat qui consiste, comme on le sait, à faire précéder l'administration du chloroforme d'une injection hypodermique de un centigr. de morphine et cinq milligr. de sulfate d'atropine.

Tout un chapitre traite des moyens de **réunion** et **d'hémostase**, on y trouve la description très claire de la suture continue à étages superposés et du tamponnement antiseptique du péritoine qui, l'une et l'autre, avaient déjà été l'objet de la part de l'auteur de mémoires qui les ont fait connaître pour la première fois dans notre pays.

Le livre II est consacré tout entier à **l'exploration gynécologique**; on y trouve décrits des procédés divers de dilatation du col ou de la cavité utérine, ainsi que l'exploration des uretères, soit par la palpation (Sænger), soit par le cathétérisme (Pawlik).

Le livre III est consacré aux **métrites**. L'auteur élimine les affections similaires qui avaient été décrites sous le nom *d'états morbides sans néoplasmes*. « Se basant sur des idées dogmatiques et une conception étroite de l'inflammation, les anciens auteurs, dit M. Pozzi, n'hésitaient pas à rejeter hors du cadre de la métrite tout ce qui n'était pas porté par le classique quadrige *tumor*, *rubor*, *calor*, *dolor*. Les granulations, les ulcérations, la leucorrhée, devenaient par suite autant de maladies. » On trouve des traces de cette préoccupation scolastique jusque dans les auteurs récents. Courty décrivait dans des chapitres distincts la fluxion, la congestion, l'engorgement, l'œdème, l'hypertrophie, l'arrêt d'involution, les granulations, les ulcérations du col, la leucorrhée. M. Pajot, dans une importante revue critique parue en 1867 dans ces mêmes Archives, critiquait avec juste raison ces entités chimériques : « Un auteur de pathologie interne qui, après avoir traité de la bronchite, de la pleurésie et de la pneumonie, ferait entrer dans les affections pulmonaires une maladie dont le titre serait des crachats, ne ferait pas quelque chose de plus extraordinaire ». Cette confusion entre la séméiologie et la nosologie se retrouve, du reste, dans un auteur encore plus récent et d'une autorité non moindre que celle de Courty. M. Alph.

Guérin ne consacre-t-il pas la VIIIe de ses *Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme* (1878) à la *congestion pelvienne*?

Pour la classification des métrites, M. Pozzi, se plaçant au point de vue exclusivement clinique, prend pour caractéristique le caractère *dominateur*, qu'il soit tiré de la marche ou qu'il résulte de la prédominance marquée d'un ordre de symptômes; il établit les formes suivantes :

Métrite *inflammatoire aiguë;*
— *hémorrhagique;*
— *catarrhale;*
— *douloureuse chronique.*

Les lésions diverses sont étudiées et décrites avec un grand luxe de figures, empruntées pour la plupart aux récents travaux de M. le professeur Cornil. Les altérations du col, ulcérations, déchirures, dégénérescence scléro-kystique, reçoivent des développements considérables et inusités. La pathogénie des métrites est une des parties les plus neuves du livre. L'auteur se rattache franchement à la théorie microbienne et divise l'infection en *hétéro-infection*, *infection mixte*, *auto-infection.*

Il montre toute l'importance des infections conjuguées ou combinées dues à l'alliance des virus septique et blennorrhagique ou tuberculeux. Cette partie de la pathologie générale a été, on peut le dire, complètement transformée par les études dues aux élèves de Pasteur et Koch. A propos de l'étiologie des métrites, le rôle de la déchirure du col, si fort exagéré en Amérique et si injustement méconnu pendant longtemps en France, est réduit à ses véritables proportions. « Il s'est passé, à son propos, quelque chose d'analogue à ce qu'une autre génération a vu à propos des déviations utérines. Peu s'en est fallu qu'on ne leur ait attribué alors toutes les inflammations de l'utérus et de ses annexes; on est revenu de ces excès; on s'accorde généralement à reconnaître aujourd'hui que si les changements de situation de l'utérus sont suffisants par eux-mêmes pour donner lieu à des phénomènes nerveux réflexes, ils sont impuissants à produire la métrite, quoiqu'ils y prédisposent certainement et contribuent à l'entretenir. C'est là sans doute que se borne le rôle des lacérations dans la genèse des réflexes morbides : prédisposition et cause de

durée pour les catarrhes du col. Mais de même qu'il existe des rétroversions utérines sans symptômes morbides, il y a de très nombreux cas de déchirures sans métrites ; ce ne sont guère que des déchirures très profondes s'étant étendues jusque dans le tissu cellulaire des culs-de-sac ou encore des déchirures bilatérales avec ectropion marqué qui constituent un élément pathologique qu'on ne doit pas négliger ».

Lorsqu'on étudie les maladies des organes génitaux internes de la femme, il est impossible, dit M. Pozzi, de ne pas être frappé de la similitude des signes rationnels fournis par chacune d'elles dans l'interrogatoire des malades ; l'ensemble de ces symptômes est à peu près commun, qu'il s'agisse d'une métrite chronique, d'une endométrite catarrhale, ou même d'un corps fibreux, d'un cancer et d'une salpingite. Il va sans dire qu'il n'y a pas identité absolue, et pour peu qu'on précise l'interrogatoire, on trouve des différences sensibles, ne fût-ce que dans l'intensité des symptômes. Mais si certaines parties du tableau sont plus accusées dans certaines maladies hémorrhagiques des corps fibreux, leucorrhée, cancer, troubles nerveux, dans les déplacements et maladies des annexes, etc., il n'en est pas moins vrai que les traits principaux sont identiques. Telle est l'idée que l'auteur a voulu exprimer par le mot *syndrome utérin* appliqué au fonds commun qu'on retrouve partout. Ses principaux traits sont : douleur, leucorrhée, dysménorrhée, métrorrhagies, enfin des symptômes du côté des organes voisins (vessie, rectum) ou éloignés (tube digestif, système nerveux). L'étude du syndrome utérin est faite complètement à propos de la métrite, et c'est, en effet, sa place naturelle, car il coïncide avec la plupart des signes rationnels de cette affection. Comment pourrait-il en être autrement, puisque, en réalité, c'est l'élément métritique surajouté à presque toutes les autres affections de l'utérus et de ses annexes qui amène à peu près partout sa réapparition ?

Je signalerai à propos de la dysménorrhée membraneuse la définition de M. Pozzi qui précise à la fois sa nature et ses indications thérapeutiques. Il la qualifie de *métrite chronique avec poussées de métrite aiguë et desquamation inflammatoire de la muqueuse* lors des règles.

A propos du traitement des métrites, il n'est pas déplacé de parler de la prophylaxie. On sait l'importance que jouent dans

l'infection de l'utérus les débris placentaires qui y séjournent après l'accouchement ou l'avortement. Les accoucheurs-gynécologistes, en France, étant par éducation peu prédisposés aux interventions opératoires, sont presque tous partisans de l'expectation et se bornent à des injections antiseptiques intra-utérines. Il est incontestable qu'on arrive ainsi à conjurer les accidents immédiats dans la majorité des cas, quoique un certain nombre de femmes ne puissent être ainsi arrachées à la mort. Mais ces malades sauvées sont-elles vraiment guéries? Ne sont-elles pas exposées aux accidents ultérieurs de métrite et de salpingite? Cela est plus que douteux ; aussi M. Pozzi préconise-t-il le nettoyage exact de la cavité utérine avec le doigt et la curette mousse pour désinfecter entièremen. l'organe.

Le traitement médical de la métrite contient des indications précieuses, mais il doit céder le pas, presque toujours, au traitement chirurgical. M. Pozzi est le premier qui ait réintroduit en France le curettage de Récamier, au moment où Doléris faisait également une campagne énergique en faveur du traitement intra-utérin actif. Mais ce dernier auteur s'en est longtemps tenu à l'écouvillonnage, tandis que le chirurgien de Lourcine-Pascal a, d'emblée, donné sa préférence à l'emploi de la curette. (Thèses de Desmoulins, 1887; Despréaux, 1888.) Actuellement, la cause de la curette paraît définitivement gagnée et il serait plutôt à craindre qu'il n'en fût abusé. En effet le curettage n'est une opération efficace et bénigne qu'à la condition d'être fait avec des indications précises, une technique bien réglée et des précautions rigoureusement antiseptiques ; il est difficile d'espérer que ces conditions soient toujours remplies lorsqu'on voit le très grand nombre de praticiens qui n'hésitent pas, aujourd'hui, à pratiquer le raclage de l'utérus. Or, l'un des plus sûrs moyens d'infecter la cavité utérine et les trompes est de procéder à cette opération en dehors des règles précédentes. M. Pozzi a eu raison de donner des détails minutieux sur les divers temps du curettage. Sa pratique personnelle diffère du reste en plusieurs points, de celle de ses collègues. Il fait le plus souvent la dilatation extemporanée au lieu de la dilatation à la laminaire. Il emploie une curette émoussée et fait suivre son action d'une injection intra-utérine de perchlorure de fer.

Il n'est parlé qu'incidemment et pour la rejeter de la cautérisation avec le bâton de chlorure de zinc introduit dans l'utérus. (Polaillon-Dumontpallier.) Des faits récents, publiés à la Société de chirurgie, en ont démontré tous les dangers.

L'amputation du col de l'utérus dans les métrites, dont Lisfranc avait fait si grand abus, a été relevée récemment de l'oubli où elle était tombée. Elle rend les plus grands services en enlevant des tissus dégénérés dont la modification et la guérison seraient excessivement longues, sinon impossibles. L'amputation du col à deux lambeaux ou biconique, indiquée d'abord par Simon, porte généralement le nom de Marckwald, qui l'a, le premier, méthodiquement décrite. Elle s'applique surtout aux dégénérescenses scléro-kystiques du col. L'amputation à un lambeau, ou excision de la muqueuse est plus généralement connue sous le nom d'opération de Schrœder. Il y a quatre ans que M. Pozzi l'avait introduite en France et avait fait faire sur elle la thèse d'un de ses élèves. (Rojecki, 1887.) Elle donne de remarquables résultats dans le traitement de la forme catarrhale avec ulcération rebelle et dégénérescence folliculaire du col. La trachélorraphie ou opération d'Emmet, rend des services dans les déchirures anciennes cicatrisées avec production de tissu inodulaire qui est le point de départ de réflexes douloureux. Cette petite opération a des indications bien précises, et c'est faute de les avoir bien connues que la plupart des gynécologistes français l'ont trop dédaignée pendant qu'on en faisait un véritable abus au delà de l'Atlantique.

En somme, le chapitre des métrites est un des plus importants de l'ouvrage, tant par l'intérêt pratique du sujet que par la netteté des descriptions et des indications qui y sont formulées. C'est aussi une des parties de la gynécologie qui a subi la plus grande transformation sous l'influence de l'antisepsie.

Le livre IV, consacré aux **corps fibreux**, est extrêmement étendu. M. Pozzi a établi, au point de vue clinique, une division ingénieuse qui reproduit exactement la physionomie des différents types observés au lit des malades. Si la tumeur très peu développée constitue par elle-même un symptôme médiocre, les signes dominants étant ceux d'une métrite hémorrhagique symptomatique, l'auteur qualifie le fibrome de *fibrome*

à type métritique. Dans une 2e classe, *type à évolution vaginale* : se rangent les fibromes sous-muqueux du corps utérin, les fibromes pédiculés ou polypes, les fibromes du museau de tanche ou portion sous-vaginale du col. Dans la 3e classe, *type à évolution abdominale*, il importe de séparer : 1° les fibromes pédiculés ; 2° ceux qui se sont développés dans le fond de l'utérus au-dessus du point d'attache du ligament large ; 3° ceux qui se sont développés dans le corps de l'organe au-dessous de l'implantation de ces ligaments ; 4° ceux qui, nés au-dessous du péritoine, dans la portion sous-vaginale du col, ont un développement pelvien dans le tissu cellulaire du petit bassin.

Cette classification permet au diagnostic d'être indiqué d'une façon beaucoup plus précise. Elle facilite également la description des procédés opératoires. Ces derniers sont exposés très complètement ; l'hystérectomie, en particulier, fournit à l'auteur l'occasion d'un long parallèle entre les divers procédés de traitement du pédicule. Toutes les fois que celui-ci est creux et saignant, comme dans le cas de l'hystérectomie abdominale supra-vaginale, M. Pozzi donne la préférence au traitement externe du pédicule avec la ligature élastique. On ne saurait oublier que c'est le chirurgien de Lourcine qui, le premier, en 1883, a fait connaître en France (à la Société de chirurgie) ce mode de traitement à une époque où tous les chirurgiens, sans exception, employaient encore dans notre pays le fil métallique. Le ligateur élastique de M. Pozzi facilite singulièrement la manœuvre, surtout dans les cas où la ligature doit être serrée à une certaine profondeur.

La gravité de l'opération est absolument subordonnée à la variété du corps fibreux. Cette considération est bien mise en relief et on peut dire que l'auteur avait ainsi répondu d'avance à la question récemment soulevée à la Société de chirurgie Malgré les grands perfectionnements de la technique opératoire, l'hystérectomie n'en demeure pas moins une opération grave dans la grande majorité des cas. Aussi, toutes les fois que la tumeur, par son volume ou sa situation, ne constitue pas par elle-même un danger sérieux et que l'hémorrhagie est le principal symptôme, on doit substituer à l'extirpation du corps fibreux l'ablation des ovaires. Cette castration, qui provoque une ménopause anticipée, a le plus souvent pour effet non seulement de

faire cesser les pertes, mais encore d'amener une certaine diminution du volume de la tumeur.

Le livre V est consacré au **cancer de l'utérus**. La thérapeutique de cette redoutable affection a été complètement renouvelée par la renaissance de l'hystérectomie vaginale. De nombreuses discussions se sont produites, toutefois, au sujet de l'opportunité de cette opération dans les lésions limitées au col. Plusieurs chirurgiens, à la tête desquels se place, en France, M. Verneuil, sont encore partisans de l'extirpation partielle, sous-vaginale ou sus-vaginale. Cet important débat est longuement rapporté, et M. Pozzi conclut, pour sa part, à l'intervention précoce et totale. Ce n'est point, selon lui, la quantité de tissus envahis qu'il faut considérer, mais la qualité du mal. On doit appliquer à l'utérus les règles qui régissent l'extirpation de la mamelle cancéreuse, d'autant plus qu'il est impossible, cliniquement, d'affirmer qu'une lésion du col ne se prolonge pas d'une façon sournoise jusque dans le corps. Mais l'on ne saurait opérer trop tôt, il faut se garder de tenter trop tard une opération radicale. L'hystérectomie doit être réservée aux cas où les limites de l'organe ne seraient pas dépassées. Si le vagin et les ligaments larges sont pris, on s'en tiendra à un traitement palliatif, encore très efficace, l'abrasion des tissus morbides à la curette tranchante et la cautérisation ignée. La grande mortalité qui a marqué les débuts de l'hystérectomie était due, sans doute, à ce que cette règle était loin d'être suivie. Maintenue dans ces limites, on peut dire que l'opération ne donne plus en moyenne, aujourd'hui, que 5 0/0 de décès.

La voie vaginale n'est pas la seule que l'opérateur puisse suivre. Lorsque la tumeur comme cela arrive en particulier, dans certains amas du corps, offre un très gros volume, Freund a préconisé l'ablation par la voie abdominale ; mais elle a donné de si mauvais résultats, qu'elle est actuellement presque abandonnée. La voie pelvienne, après résection du coccyx et d'une partie du sacrum, suivant l'opération dite *préliminaire* de Kraske, qu'il applique à l'ablation du cancer du rectum, a aussi permis d'enlever de volumineux cancers de l'utérus.

Au point de vue de la technique, on sait le bruit qui s'est élevé autour de la forcipressure des ligaments larges, dont l'ini-

tiative a été revendiquée à la fois par Péan et par Richelot. Cette manœuvre, qui jouit encore d'une grande vogue en France, facilite assurément l'opération; mais, c'est d'après M. Pozzi, au détriment de la sécurité, car le séjour des pinces dans la cavité péritonéale au voisinage des intestins ne saurait être dépourvu de danger. Il est à remarquer, du reste, que les plus belles statistiques sont celles des partisans de la ligature, et que l'une des plus mauvaises est celle de M. Richelot. M. Pozzi n'admet la forcipressure à demeure que comme procédé *de néeessité* et non comme procédé *de choix* dans l'hystérectomie comme dans toute autre opération.

Les **déplacements de l'utérus** sont traités dans le livre VI. On connaît les vicissitudes subies par l'histoire de ces lésions méconnues avant Récamier, à une époque où on attribuait le principal rôle des maladies utérines sans néoplasmes à l'abaissement. « Reléguées au second plan, de Récamier à Lisfranc, par la place prépondérante donnée aux ulcérations, les versions et flexions prirent, au contraire, avec Velpeau, la première place en pathologie utérine. Leur rôle fut considérablement exagéré alors, jusqu'au moment où Gosselin provoqua une réaction en faveur de la métrite. Actuellement, la gynécologie, devenue plus analytique et partant plus éclectique, tend à rendre à chacun de ces états morbides la place qui lui est due ; elle fait, en outre, intervenir des éléments nouveaux ou à peu près ignorés jusqu'ici, résultant de l'état pathologique des annexes. On sait, maintenant, que la déviation de l'utérus ne constitue pas à elle seule une maladie, mais seulement un facteur, ou, pour mieux dire, un coefficient d'un état morbide complexe, dans lequel le déplacement n'entre que pour une part variable. Il n'est aucun gynécologiste qui n'ait eu l'occasion d'observer des déplacements marqués chez des femmes qui ne présentent, du reste, aucun symptôme maladif. Certains auteurs, se basant sur ce fait incontestable, n'ont pas hésité à nier complètement le rôle pathogénique des déviations. C'est tomber d'un excès dans l'autre. Si la déviation n'est pas une maladie par elle-même, elle crée pour l'organe déplacé une vulnérabilité particulière résultant de troubles circulatoires par augmentation de la tension veineuse et par les altérations nutritives qui peuvent en être la conséquence; elle favorise et entretient l'inflammation dans la cavité et à la sur-

face de l'utérus. De plus, le prolapsus des annexes, qui souvent participent à l'inflammation de l'utérus, peut être la source de troubles nerveux réflexes dont l'influence n'est pas négligeable surtout dans la déviation en arrière. Enfin, les adhérences dues à la péri-salpingite, si elle survient alors, en fixant la matrice dans sa position vicieuse, rendent plus pénibles les phénomènes qui en sont la conséquence. Il résulte de ce qui précède que la notion de déviation utérine, simple autrefois et réduite au seul point de vue anatomo-pathologique, renferme pour nous, actuellement, sous une même dénomination classique, des éléments complexes dont le traitement doit tenir compte autant et parfois plus que des changements dans l'axe de l'organe, à savoir : la métrite, le prolapsus des annexes saines ou enflammées, la péri-salpingite, enfin, dans une large mesure, surtout au début, l'excès de mobilité utérine due à la laxité ligamentaire ».

Le traitement chirurgical de la rétroflexion a vu naître récemment de nombreuses méthodes opératoires. Le raccourcissement des ligaments ronds, imaginé par notre compatriote Alquié (de Montpellier), a été repris par deux chirurgiens anglais, Alexander et Adams. Il a des partisans enthousiastes et des adversaires acharnés. M. Pozzi estime que cette opération qu'on a eu le tort de croire suffisante par elle-même, est surtout une opération complémentaire ayant pour but d'orienter l'utérus en avant dans les cas de rétroversion mobile ou de léger abaissement, et ne dispensant pas soit de l'emploi d'un pessaire, soit d'une consolidation du périnée par la colpopérinéorraphie.

La fixation par le vagin de l'utérus rétrofléchi, préalablement réduit, a donné lieu à un nombre considérable de procédés. Celui de Nicoletis, adopté par Richelot, ne paraît pas devoir se relever des objections qui lui ont été présentées à la Société de chirurgie. Celui de Schücking, de Pyrmont, ou fixation du fond de l'utérus au cul-de-sac vésico-utérin, jouit d'une certaine vogue en Allemagne, mais son application ne paraît pas dépourvue de difficultés et du danger de blessures de la vessie. La fixation à la paroi abdominale, ou gastro-hystéropexie, consiste à suturer le corps de l'utérus au-dessus du pubis par la laparotomie. Cette méthode a été d'abord systématisée par Olshausen et a eu depuis de très nombreux

imitateurs en Allemagne et dans les autres pays. M. Terrier s'en est surtout montré partisan en France, et son procédé reproduit sans modification notable celui de Czerny. La valeur de cette opération ne paraît pas encore définitivement établie, ce qui dépend sans doute de la complexité des lésions qui sont parfois réunies sous la dénomination unique de rétroflexion utérine. Tous les procédés divers d'hystéropexie abdominale sont longuement et clairement décrits par de nombreuses figures explicatives accompagnant le texte.

Le prolapsus des organes génitaux comprend à la fois la procidence du vagin et l'abaissement de l'utérus dans ses divers degrés. M. Pozzi les réunit dans une étude d'ensemble, mais en s'attachant à les classer en différents types cliniques qui favorisent à la fois la description et l'étude. Il rend justice aux travaux de Huguier sur l'allongement de la portion sus-vaginale du col dans le prolapsus, sans toutefois lui attribuer la portée excessive que lui avaient donnée ce chirurgien et après lui Gallard. Cette notion nouvelle a surtout eu pour heureux effet de faire entrer l'amputation du col hypertrophié dans le traitement du prolapsus utérin. Huguier a eu seulement le tort de la juger suffisante, et l'on doit y joindre, actuellement, la colpopérinéorraphie, ou toute autre opération plastique destinée à rétrécir le vagin et à consolider le périnée.

Dans l'étude des déplacements de l'utérus les pessaires n'ont pas été oubliés et M. Pozzi les a réhabilités de la proscription excessive dont ils ont été l'objet de la part de certains chirurgiens. Alors même que leur rôle ne serait que provisoire, il ne devrait pas être méconnu.

L'inversion de l'utérus est l'objet d'un chapitre important. Lorsque cette lésion est définitivement irréductible, M. Pozzi préfère l'hystérectomie au procédé de Périer, la ligature à tractions élastiques. On ne saurait cependant méconnaître que ce procédé n'ait rendu de grands services avant que la technique de l'hystérectomie vaginale ne fût définitivement fixée.

A propos du livre VIII sur **les troubles de la menstruation**, il faut signaler des développements intéressants sur la menstruation précoce, sur l'aménorrhée consécutive à la castration, sur les troubles nerveux d'origine ovarienne, et sur leur traitement par l'ablation des ovaires ou opération de Battey.

Nous arrivons, avec le livre IX, aux **inflammations des annexes de l'utérus** circonscrites et diffuses.

« Le rôle capital que joue en gynécologie l'inflammation de ce qu'on est convenu d'appeler les annexes de l'utérus (ovaires et trompes) n'a été définitivement admis que dans ces dernières années. Aran et son élève Siredey l'avaient nettement aperçu et indiqué. Mais ces notions importantes, formulées par des médecins et dépourvues du contrôle et de la sanction de l'intervention chirurgicale, devaient passer inaperçues. Les opérations retentissantes de Lawson Tait, ont plus fait pour la vulgarisation de cette vérité que toutes les considérations physiologiques et anatomo-pathologiques. L'histoire si controversée des inflammations péri-utérines en a été éclairée d'un jour nouveau. L'interminable et fastidieuse discussion qui a fatigué toute une génération pour savoir si l'inflammation se produisait dans le tissu cellulaire circum-utérin ou dans le péritoine voisin, s'il y avait phlegmon péri-utérin ou pelvi-péritonite, n'est plus qu'un lointain souvenir. C'est un vestige attardé des anciennes doctrines. »

M. Pozzi divise les salpingites, en se plaçant au point de vue clinique et anatomique, de la façon suivante :

1° *Salpingites non kystiques.*
- *a*) Aiguë catarrhale.
- *b*) Aiguë purulente.
- *c*) Chronique parenchymateuse ou pachysalpingite (variété hypertrophique végétante, et variété atrophique scléreuse).

2° *Salpingites kystiques.*
- *a*) Hydro-salpinx (séreuse).
- *b*) Hémato-salpinx (hématique).
- *c*) Pyo-salpinx (purulente).

Il est impossible de donner une analyse même abrégée de cet important chapitre qui présente un exposé complet de la science sur ce point nouveau et controversé. De belles figures histologiques empruntées à M. le professeur Cornil, permettent de suivre les lésions microscopiques. La description clinique n'est pas non plus négligée. Nous noterons en particulier celle de la salpingite chronique parenchymateuse ou pachy-salpingite que M. Pozzi a fait entrer pour la première fois dans

la description classique; il fait observer à ce sujet que le terme de salpingite catarrhale a été appliqué abusivement à un grand nombre de lésions diverses. « Toutes les inflammations des trompes dépourvues de virulence ont à vrai dire été placées pêle-mêle dans cette classe, depuis la simple endosalpingite légère, compagne éphémère d'une endométrite dont la guérison eût pu entraîner la sienne, jusqu'à la pachysalpingite hypertrophique avec végétation luxuriante des plis foliacés de la muqueuse et épaisseur excessive des parois. C'est cette confusion qui rend si difficile l'appréciation exacte, au point de vue de leur mérite thérapeutique, des nombreux résultats opératoires récemment publiés en France et à l'étranger. »

Le traitement des salpingites est à l'ordre du jour.

Peut-on espérer guérir toutes les lésions des annexes par un traitement pour ainsi dire indirect s'adressant à la métrite concomitante ou à l'orifice interne des trompes, curettage, dilatation utérine, électricité? Peut-on même évacuer les collections salpingiennes à l'aide du massage. Certains auteurs n'ont pas hésité à répondre affirmativement sur ces divers points et à proscrire ainsi toute action chirurgicale. C'est tomber d'un excès dans l'autre. Le traitement indirect des salpingites ne peut être efficace, d'après M. Pozzi, que dans les cas de salpingite catarrhale, où les annexes sont douloureuses sans présenter d'augmentation notable de volume et sans être irrémédiablement modifiées par la dégénérescence du parenchyme et l'oblitération du pavillon tubaire; alors, en effet, une médication intra-utérine bien dirigée peut guérir les trompes en même temps que l'utérus, par ce que notre auteur a appelé justement une sorte de *propagation de la guérison*. Si certains auteurs ont cru guérir ainsi des pyosalpinx, c'est, bien certainement, qu'ils avaient fait une erreur de diagnostic produite par la tuméfaction éphémère d'une péri-salpingite séreuse. Il suffit d'avoir examiné un certain nombre de pièces pathologiques pour se convaincre ue les salpingites enkystées sont dans la grande majorité des cas exactement séquestrées par l'oblitération de la portion interne de la trompe et ne sauraient être évacuées dans la cavité utérine. En d'autres termes, il existe un certain nombre de lésions qu'on ne saurait espérer

guérir autrement que par l'extirpation. Ce sont : les salpingites enkystées (pyo-salpinx, hydro-salpinx, hémato-salpinx), les salpingites purulentes et les salpingites parenchymateuses. Ajoutons que toutes ces lésions des trompes s'accompagnent presque invariablement de lésions de l'ovaire ; (dégénérescence kystique et scléreuse ou suppuration.)

L'inflammation péri-utérine qui a reçu les noms variés de périmétrite, para-métrite, pelvi-péritonite, phlegmon du ligament large, adéno-lymphite, adéno-phlegmon juxta-pubien, cellulite pelvienne, est un des chapitres les plus controversés de la gynécologie. C'est aussi l'un de ceux auxquels s'est le plus attaché M. Pozzi et dans lequel il a jeté le plus de clarté. « Grâce, dit-il, aux notions récemment acquises sur l'inflammation des trompes par l'étude plus éclairée des faits cliniques aidés puissamment des particularités observées pendant les opérations, nous commençons à arriver à une vue plus nette et plus simple à la fois. On le sait aujourd'hui, si le point de départ est fréquemment dans l'utérus (Bernutz et Goupil), c'est le plus souvent d'une salpingite que rayonne l'inflammation qui envahit les environs de l'utérus : ligament large, cul-de-sac de Douglas, tissu cellulaire pelvien. Il est donc juste de faire entrer la trompe dans la dénomination de la maladie et de réunir toutes ces lésions sous le nom générique de *péri-métro-salpingite.* »

Cet envahissement se fait toutefois avec des caractères cliniques très différents par leur marche et leur intensité suivant les conditions étiologiques où ils s'opèrent ; de là une série de *types cliniques* distincts quoiqu'une même pathogénie réunisse toutes ces espèces en un genre commun. M. Pozzi décrit successivement les suivants : 1° Péri-métro-salpingite séreuse. 2° Abcès pelvien ; 3° Phlegmon du ligament large ; 4° Cellulite pelvienne diffuse. A propos du traitement, il passe en revue les différentes méthodes qui ont été employées : ponction incision par le vagin, laparotomie transpéritonéale et souspéritonéale, voie périnéale et voie pelvienne. Il préfère, pour sa part, la laparotomie comme méthode générale, car seule elle permet de fixer définitivement le diagnostic dans beaucoup de cas et de s'assurer si l'on a affaire à une poche énucléable (pyosalpinx). Quand cette énucléation ne peut être faite comme dans les abcès pelviens proprement dits, il préconise le lavage

de la poche suivi de son tamponnement antiseptique à la gaze iodoformée (Mickulicz).

Les **néoplasmes des annexes et des ligaments de l'utérus** auxquels est consacré le livre X comprennent les kystes de l'ovaire, c'est leur étude qui occupe le livre presque tout entier. L'auteur divise les kystes de l'ovaire de la façon suivante :

Kystes à grand développement : 1° kystes proligères ou prolifères glandulaires ;

2° Kystes proligères ou prolifères papillaires ;

3° Kystes dermoïdes, simples ou mixtes ;

4° Kystes parovariens, comprenant eux-mêmes diverses espèces : hyalins, papillaires, dermoïdes.

Kystes à médiocre développement : 1° petits kystes résiduaux (provenant de l'hydatide de Morgagni, du conduit horizontal du parovarium) ;

2° Kystes folliculaires ;

3° Kystes du corps jaune.

Enfin les kystes de l'ovaire peuvent contracter des connexions anatomiques avec la trompe qui en font une variété distincte : ce sont les kystes tubo-ovariens.

Les kystes folliculaires conglomérés, qui transforment tout l'ovaire en une masse d'aspect cloisonné et multiloculaire, constituent un type anatomique bien défini qui correspond à un type clinique également bien spécial. M. Pozzi a eu le mérite, le premier, de mettre ce fait en relief et de le consacrer par la dénomination de : « *maladie kystique de l'ovaire* ». Il s'est attaché à en fixer la symptomatologie spéciale et à la distinguer de l'altération scléro-kystique. Un paragraphe important donne la description des kystes rétro-péritonéaux. Un autre fournit des aperçus nouveaux sur la généralisation péritonéale ou métastase. Au point de vue du traitement, l'historique et les règles de l'ovariotomie sont donnés avec tous les détails qu'ils comportent. Après la description de l'opération typique pour kyste pédiculé, M. Pozzi a écrit quelques pages très neuves sur l'énucléation des kystes inclus dans le ligament large et rétro-péritonéaux. ainsi que sur les opérations incomplètes qui nécessitent la suture d'une partie de la poche à la paroi abdominale, ce que M. Pozzi appelle la *marsupialisation du kyste*. Ainsi qu'il l'a

fait du reste après l'étude de toutes les opérations importantes, l'auteur donne des statistiques qui permettent de se faire une juste idée de la gravité, actuellement si considérablement réduite, de l'ovariotomie.

La **tuberculose génitale** qu'étudie le livre XI est beaucoup mieux connue aujourd'hui où l'ablation des trompes a permis de reconnaître que de nombreuses salpingites suppurées étaient dues à l'affection tuberculeuse. L'étiologie et la pathogénie ont été l'objet de travaux importants. On admet divers modes d'infection : 1° l'infection primitive soit par l'atmosphère, soit par l'introduction de corps infectants ou de sperme tuberculeux; 2° l'infection secondaire métastatique, selon l'expression de Conheim, où les microbes ont émigré avec le sang et la lymphe du foyer primordial dans le foyer secondaire. M. Pozzi propose d'appeler *infection primitive secondaire* celle où la malade contamine ses voies génitales par l'intermédiaire du milieu extérieur qu'elle a d'abord elle-même infecté. L'étude anatomo-pathologique des lésions dans les diverses parties de l'appareil génital est présentée avec beaucoup de soins et enrichie de nombreuses figures. Au point de vue du traitement des salpingites tuberculeuses, l'auteur distingue les cas où il existe ou non de la tuberculose pulmonaire. Si les poumons sont sains, on tâchera de faire l'extirpation complète des trompes et des ovaires par la laparotomie. Si la femme est phtisique, on se bornera à des palliatifs. S'il n'y a que des lésions pulmonaires de peu d'intensité, le chirurgien se conduira d'après des considérations analogues à celles qui le guideraient s'il s'agissait de tout autre foyer de tuberculose locale.

L'**hématocèle pelvienne intra et extra-péritonéale** (livre XII) a été l'objet de nombreuses interprétations pathogéniques que l'auteur passe tour à tour en revue. Suivant lui l'origine ordinaire de la lésion serait dans la rupture précoce d'une grossesse extra-utérine tubaire, toutes les fois que l'épanchement offre un grand volume et s'accompagne immédiatement de symptômes graves. Quant aux petites hématocèles à développement sournois et progressif, elles sont probablement le fait de véritables salpingorrhagies intra-péritonéales et supposent l'existence d'une salpingite antérieure. Si l'épanchement se fait au niveau du bord adhérent de la trompe, dans l'épaisseur du liga-

ment large, l'hématocèle est extra-péritonéale. Une intervention active du chirurgien, d'après M. Pozzi, n'est légitimée que d'après l'apparition d'accidents compromettant la vie de la malade. Dans la grande majorité des cas l'expectation et le traitement médical symptomatique suffiront. Mais pour peu que des signes d'inflammation ou de compression graves se produisent, il faut intervenir soit par l'incision vaginale, soit par la laparotomie sous-péritonéale ou transpéritonéale. Cette dernière s'imposerait pour aller rechercher la source du sang, si l'hémorrhagie interne menaçait la vie de la malade.

Le livre XIII, qui offre un grand développement, traite des **grossesse extra-utérines**. Depuis que la chirurgie est devenue plus active à l'importance de son étude a considérablement augmenté et on peut dire que les conclusions auxquelles est arrivé M. Pozzi présentent la question sous un jour entièrement nouveau dans notre pays. La remarquable thèse d'agrégation de Maygrier (1886) qui fixait jusque-là l'état de la science, déterminait certaines catégories de cas où l'intervention active était considérée comme dangereuse. La laparotomie dite primitive, c'est-à-dire dans la deuxième moitié de la grossesse quand le fœtus est vivant, n'avait, en effet, donné que de déplorables résultats. Mais, depuis lors, la question a changé de face, et M. Pozzi, sur 13 opérations récentes qu'il a réunies, a trouvé 9 femmes vivantes et 11 enfants viables ou ayant vécu au moins plusieurs jours. Ces succès paraissent dus principalement aux perfectionnements apportés dans la technique et en particulier à l'ablation du sac et du placenta. On voit par la lecture de ces observations comment ici, comme dans toute laparotomie, on peut, avec de la décision et de l'expérience, venir à bout des difficultés opératoires. En outre on se rend compte de l'exagération évidente de ceux qui représentent les fœtus ectopiques comme presque fatalement voués à la mort, par des difformités ou une faiblesse congénitales. Du reste, quand bien même cette faiblesse existerait, on sait qu'avec le gavage et l'emploi des couveuses, on peut faire vivre aujourd'hui des enfants condamnés autrefois ; on ne doit donc plus hésiter à pratiquer la laparotomie primitive avec l'espoir de sauver les deux existences. Il est préférable de ne pas attendre les phénomènes du faux travail parce que le fœtus alors succombe très rapide-

ment; on se basera, comme le conseille Frænkel, sur l'examen extérieur du fœtus, sur son volume appréciable à la palpation, pour juger du moment de l'intervention qui se fera de préférence entre 8 mois et 8 mois 1/2.

Reste à résoudre la question du choix de l'opération destinée à extraire le fœtus; règle générale, la laparotomie est indiquée comme permettant de vaincre plus sûrement les difficultés opératoires qui peuvent se présenter. Pourtant on ne saurait proscrire l'élytrotomie si à l'examen vaginal on ne trouvait pas le placenta et si le fœtus était profondément engagé dans le bassin ; l'élytrotomie devrait même paraître préférable comme mettant à l'abri de la blessure du délivre probablement inséré sur la paroi antérieure de l'abdomen. Cette disposition serait assurée si on percevait à l'auscultation un bruit de souffle isochrone au pouls maternel. Lorsque le fœtus est mort et quand même il paraît être toléré par l'économie et transformé en lithopedion, il ne faut pas hésiter à l'enlever par la laparotomie. En effet cette tolérance est toujours précaire et la suppuration du kyste peut toujours se produire sous l'influence d'une lésion locale ou d'un mauvais état général. En somme, la présence d'un fœtus ectopique constitue un danger permanent pour la mère et peut être véritablement traité comme un néoplasme malin qui commande l'extirpation dès qu'il est reconnu. — Une seule exception doit être faite, une certaine temporisation doit être conseillée lorsque le fœtus est vivant au moment de la deuxième moitié de la grossesse, et que le sac placé entre les feuillets du ligament large ne menace pas de se rompre. Il est alors préférable, tout en surveillant avec soin la femme, d'attendre jusqu'à ce que le fœtus soit viable pour pratiquer une laparotomie qui doit se proposer de sauver et la mère et l'enfant.

Les **maladies des organes génitaux externes**, trop souvent sacrifiées dans les traités de gynécologie, sont traitées ici avec les mêmes proportions que les maladies de l'utérus et de ses annexes. Les recherches les plus récentes sur le microbe de la vaginite montrent que le rôle des gonocoques commence à être discuté. On a même été récemment jusqu'à nier leur rôle spécifique, et on a décrit des pseudo-gonocoques qui, avec

les mêmes apparences morphologiques, n'ont aucune qualité nocive. Le gonococcus ne serait-il dès lors qu'un saprophyte indifférent, susceptible de devenir pathogène dans des conditions déterminées? Ou bien faut-il admettre que, tout en étant d'une espèce distincte, ayant des propriétés pathogènes définies, il est susceptible de s'atténuer et de conserver à l'état latent ses propriétés, jusqu'à ce qu'elles se réveillent dans un milieu favorable ? Telle est l'hypothèse qui paraît la plus vraisemblable. Conformément à son habitude, M. Pozzi divise la description de la vaginite en un certain nombre de types cliniques : 1° Vaginite blennorrhagique des adultes ; 2° Vaginite des petites filles et des vierges, qui est souvent le résultat d'une infection blennorrhagique méconnue, mais qui parfois n'est pas spécifique ; 3° Vaginite des femmes enceintes qui n'est souvent que le réveil d'une ancienne gonorrhée, mais qui peut aussi ne pas être spécifique et peut cependant donner lieu à des phénomènes intenses : végétation, écoulement. 4° Vaginite de la ménopause et des vieilles femmes où M. Pozzi croit pouvoir faire rentrer, à titre de variété anatomique, ce qu'on a décrit récemment sous le nom de leucoplasie, de la muqueuse vaginale.

Pour les kystes du vagin, l'auteur rattache la grande majorité des cas à une origine embryonnaire, la persistance des canaux de Wolff. Tel est, pour lui le point de départ de tous les grands kystes dépassant le volume d'une noisette. Quant aux petits kystes nombreux disséminés sur toute la surface ou sur une région limitée du vagin, il admet volontiers leur formation pseudo-glandulaire par oblitération de cryptes ou lacunes au fond desquelles l'épithélium s'est accumulé d'abord pour faire place ensuite à une exhalation liquide.

Dans le cancer primitif du vagin l'auteur distingue nettement l'épithélioma de forme papillaire de l'épithélioma de forme nodulaire et infiltrée, qui donne parfois lieu à un type clinique bien défini, le cancer *péri-uréthral.*

Les fistules cicatricielles du vagin comprennent l'exposé très complet des diverses méthodes et procédés les plus récents. Nous signalerons en particulier ce qui a trait aux fistules voisines du col, que l'on appelle généralement, depuis Jobert, *vésico-utéro-vaginales* (subdivisées en deux variétés superficielles et profondes), et que M. Pozzi appelle, d'une manière

beaucoup plus simple et plus compréhensible, fistules *juxta-cervicales*. Un autre paragraphe très intéressant est consacré aux fistules *utéro-vaginales* pour lesquelles l'auteur a employé avec succès le procédé du dédoublement.

Les déchirures du périnée ont fait naître une quantité considérable de procédés anciens et nouveaux; la description de ces derniers et en particulier celle du procédé de Lawson-Tait est pour la première fois donnée dans un livre classique. Ce n'est pas un mince mérite que d'avoir réussi à rendre claires des particularités opératoires aussi compliquées.

Dans l'étude des maladies de la vulve, M. Pozzi place des considérations très originales sur la pathogénie des tumeurs vasculaires du méat urinaire Il l'attribue à la formation anormale de tissu érectile dans une partie de ce qu'il appelle *l'appareil hyménal* et qui comprend à la fois l'hymen, l'encadrement du méat urinaire et la bride masculine du vestibule qu'il a découverte (1884).

L'ouvrage se termine par le livre XVI consacré aux **malformations de la vulve et à l'hermaphrodisme.** L'auteur a su relever l'aridité de ce sujet par l'exposé de ses propres recherches sur les origines de l'hymen et sur le pseudo-hermaphrodisme. Le chapitre relatif aux accidents de rétention consécutifs aux atrésies génitales formule très nettement les règles thérapeutiques et préconise l'intervention hardie.

Nous avons essayé de donner une idée aussi fidèle que possible de ce livre considérable, sorte d'encyclopédie concise de la gynécologie de tous les pays. On ne saurait, toutefois, le qualifier de compilation et lui refuser un caractère essentiellement personnel. Assurément, l'auteur semble avoir pris à tâche de s'effacer le plus possible et de citer de préférence ses contemporains ou ses compatriotes; mais la main de l'ouvrier qui a mis en œuvre ces nombreux matériaux se reconnaît à chaque page, et par le choix raisonné des citations et par le jugement qu'il n'hésite jamais à formuler sur les doctrines nosologiques ou sur les méthodes opératoires. Bien plus, les classifications nouvelles qu'il a introduites dans nombre de sujets jusqu'ici restés fort obscurs ou contestés, constituent une contribution scientifique aussi originale, tout au moins, que la publication d'une série d'observations cliniques

ou de résultats opératoires. On peut dire justement que plusieurs chapitres sont de véritables mémoires personnels, par exemple : l'étiologie et la pathogénie des métrites, la classification et les indications du traitement des corps fibreux et du cancer du col, le livre entier relatif aux affections des trompes et en particulier le chapitre si neuf consacré à la périmétro-salpingite et au traitement de la grossesse extra-utérine, etc.

En outre, l'auteur a fait preuve d'une érudition consommée, et le labeur immense que supposent l'abondance, la précision et la nouveauté des citations, doit lui valoir la reconnaissance de ses lecteurs. En s'abstenant de tout citer, en effet, il ne s'en est pas moins astreint à citer tout ce qui était de quelque importance dans les diverses langues, et la bibliographie du Traité de gynécologie offre ainsi une richesse tout à fait hors de proportion avec celle qu'ont, d'ordinaire, les ouvrages destinés à l'enseignement.

M. Georges Masson n'a rien négligé pour présenter cet ouvrage au public avec un luxe inusité impression, papier, cartonnage et figures ne laissent rien à désirer, et l'on peut dire que ce volume fait honneur non seulement à sa maison, mais à la librairie française.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*